

被保険者が非課税者の場合は
この用紙は使用できません。

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者証 記号－番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	昭和・平成 年 月 日 ⑩	
事業所 (任継は記入不要)	名称			
	所在地			
適用対象者 (療養を受ける方)	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男・女
①被保険者の住所	〒			
②限度額証の使用開始日	平成 年 月 日から（入院・外来）で使用			

《送付先選択欄》※いずれか一つを選択して下さい。

事業所（本社）の担当者宛に送付希望（組合が登録している住所へ送付します）
事業所経由とする同意が必要となりますので、下記に署名・捺印してください。

被保険者氏名 _____ ⑩

自宅へ送付希望（①の住所に送付致します）

平日（9時～17時）に連絡の取れる電話番号 _____（ ）

その他を希望（代理人へ送付を希望の場合は、身分関係（続柄）等を記入してください）

その他を希望する理由 _____

住所 〒 _____

宛名 _____

※被保険者が非課税者の場合は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に非課税証明書を添付し申請して下さい。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受 付 日 付 印

備考欄	
-----	--

< 健保組合記入欄 >

適用区分		有効期限	平成 年 月 日
------	--	------	----------

倉庫業健康保険組合